

## Casa de Asigurări Sănătate Constanța

Nr. .... din: .....

### **CERERE** privind solicitarea indemnizației de asigurări sociale de sănătate

#### **1. Date privind solicitantul:**

Numele și prenumele: .....

BI/CI Seria ..... Nr ..... Eliberat de .....

la data ..... CNP .....

Adresa: Localitatea ..... Str .....

Nr..... Bl..... Sc..... Ap.....

---

#### **2. Calitatea solicitantului**

Asociat unic  Asociați  Comanditari  Acționari

Administrator sau manageri care au încheiat contract de administrare sau management

Membrii ai asociațiilor familiale  Persoană autorizată să desfășoare activități independente

Persoanele prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. e) din O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare

Persoanele preluate în plată, prevăzute la art. 23 alin. (2) și art. 32 alin. (1) și (2) din O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare.

---

#### **3. Plata solicitată ACTE NECESARE:**

**A. Indemnizația pentru: - Certificat de concediu medical**

Seria ..... Nr. ....

Data acordării ..... Perioada .....

##### **1) Incapacitate temporară de muncă**

Boală obișnuită  Tuberculoză  Boală cardiovasculară

Urgență medico-chirurgicală  Neoplazie

Boală infectocontagioasă de grup A  SIDA

**2) Prevenire îmbolnăvire: - Certificat de concediu medical cu avizul medicului expert**

- Reducerea timpului de muncă cu o .pătrime din durata normală - Certificat eliberat de D.S.P  
 Carantină

**3)  Maternitate**

**4)  Îngrijirea copilului** bolnav \* până la împlinirea vârstei de 7 ani - certificat de naștere copil (copie și original) \* pentru îngrijirea copilului cu handicap pentru afecțiuni handicap - certificat (copie și original) \* intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani - declarație pe propria răspundere care atestă că celălalt părinte sau susținător legal nu execută concomitent dreptul.

CNP: .....

**5)  Risc maternal** - Certificat de concediu medical cu avizul medicului de medicina muncii

**B. Indemnizația cuvenită pentru luna în curs și neachitată asiguratului decedat**

- Certificat de deces: Seria ..... Nr. ....

- Actul de stare civilă care atestă calitatea de soț/copil/părinte sau, în lipsa acestora, de persoana care dovedește că l-a îngrijit pe asigurat până la data decesului.

**Data**

**Semnătura solicitantului**

.....

.....

---

**4. Date privind persoana asigurată (Se completează de către plătitorul de drepturi)**

**A.** Stagiul de asigurare realizat în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical de la ..... la .....

**B.** Veniturile asigurate care constituie baza de calcul a indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate în ultimele 6 luni anterioare lunii pentru care se calculează concediul medical

Media veniturilor lunare ..... lei

**C.** Numărul de zile de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, în ultimele 12/24 luni (cu excepția concediului medical pentru tuberculoză, neoplazii, SIDA, maternitate, îngrijire copil bolnav) ..... zile